

Technická univerzita v Liberci

**FAKULTA PŘÍRODOVĚDNĚ-HUMANITNÍ A PEDAGOGICKÁ**

**Katedra:** Filozofie  
**Studijní program:** Filozofie  
**Studijní obor (kombinace):** Filozofie humanitních věd

## Problém normality

# The Problem of Normality

**Bakalářská práce:** 2010-FP-KFL-0004

**Autor:**

Petra BRABENCOVÁ

**Podpis:**

**Adresa:**

Bedřicha Smetany 1938

511 01 Turnov

**Vedoucí práce:** PhDr. David Krámský, PhD.

**Konzultant:**

**Počet**

stran	grafů	obrázků	tabulek	pramenů	příloh
50	0	0	0	15	0

V Liberci dne:

**TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI**  
**FAKULTA PŘÍRODOVĚDNĚ-HUMANITNÍ A PEDAGOGICKÁ**

Katedra filosofie

**ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

(pro bakalářský studijní program)

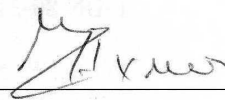
Kandidát: **Petra BRABENCOVÁ**  
Adresa: Bedřicha Smetany 1938, Turnov, 511 01  
Studijní obor (kombinace): Filosofie humanitních věd  
Název BP: **Problém normality**  
Název BP v angličtině: **The Problem of Normality**  
Vedoucí práce: PhDr. David Krámský, Ph.D.  
Konzultant:  
Termín odevzdání: 30. 4. 2010

Poznámka: Podmínky pro zadání práce jsou k nahlédnutí na katedrách. Katedry rovněž formulují podrobnosti zadání. Zásady pro zpracování BP jsou k dispozici ve dvou verzích (stručné, resp. metodické pokyny) na katedrách a na Děkanátě Fakulty přírodovědně-humanitní a pedagogické TU v Liberci.

V Liberci dne 24.4.2009



děkan



vedoucí katedry

Převzal (kandidát): PETRA BRABENCOVÁ

Datum: 10. 6. 2009

Podpis:



- Cíl:** Cílem práce je dokumentovat vybraná teoretická východiska problému normality. Text bude pak především zohledňovat pohled Michela Foucalta na tuto problematiku a to jak z pozice historicko-filosofické, tak i speciálně vědní-psychologické.
- Požadavky:**
1. Autorka bude minimálně jednou měsíčně konzultovat svou práci s vedoucím práce.
  2. První hrubou verzi předloží 12/09.
- Metody:** Práce s odborným textem - interpretace, komparace, analýza.
- Literatura:**
- FOUCAULT, M. Dějiny šílenství v době osvícenství: Hledání historických kořenů pojmu duševní choroby. Praha: Lidové noviny, 1994. 209 s. ISBN 80-7106-085-2
- FOUCAULT, M. Psychologie a duševní nemoc. Praha: DAUPHIN, 1997. 113 s. ISBN 80-86019-30-6
- KOUBA, P. Fenomén duševní poruchy: perspektivy Heideggerova myšlení v oblasti psychopatologie. 1. vydání, Praha: OIKOYMENH, 2006. 263 s. ISBN 80-7298-188-9
- MOKREJŠ, A. Husserl a otázka "Co je normální?". 1. vydání, Praha: TRITON, 2002. 88 s. ISBN 80-7254-308-3
- GRUEN, A. Šílenství normality: realismus jako choroba: teorie o lidské destruktivitě. Praha: LUMÍR NAHODIL, 2001. 191 s. ISBN 80-902970-0-5
- KOHOUTEK, R. Úvod do psychologie: normalita a abnormalita psychiky a osobnosti. 1. vydání, Brno: Masarykova univerzita, 2005. 63 s. ISBN 80-210-3795-4
- WEIL, P. Normóza: patologie normalnosti. 1. vydání, Praha: TRITON, 2009. 228 s. ISBN 978-80-7387-203-8
- SYŘIŠŤOVÁ, E. Normalita osobnosti. 1. vydání, Praha: AVICENUM, 1972. 231 s.
- SRP, L. a SYROVÁTKOVÁ, J. Duševní vývoj a výchova od narození do dospělosti. 2. upr. vydání, Praha: SZN, 1969. 331 s.

## **Prohlášení**

Byl(a) jsem seznámen(a) s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce a konzultantem.

V Liberci dne:

Petra Brabencová

---

## **Poděkování**

Ráda bych poděkovala PhDr. Davidu Krámskému, PhD. za praktické připomínky a rady při zpracování bakalářské práce.

## **Anotace**

Bakalářská práce se zaměřuje na problém normality, jak z hlediska psychologie a psychopatologie, tak z hlediska historie, a to především z pohledu Michela Foucaulta na tuto problematiku. Cílem je dokumentovat vybraná teoretická východiska problému normality

Práce rozlišuje základní koncepty normality a vymezuje její kritéria. Dále předkládá přehled klasické terminologie a zabývá se rozlišením psychopatologie a organické patologie podle Michela Foucaulta. Hlavní zájem je věnován výkladu historického kontextu problému normality, tak jej interpretuje Michel Foucault.

### **Klíčová slova:**

Normalita, psychologie, psychopatologie, Michel Foucault, dějiny, šílenství, duševní nemoc, blázen, internace, Tuke, Pinel, osvícenství

## **Summary**

Bachelor thesis focuses on the problem of normality both in terms of psychology and psychopathology as terms of history especially from the perspective of Michel Foucault at this issue. The aim is to document the selected theoretical problem of normality.

The thesis distinguishes the basic concepts of normality and the defining criteria. Moreover, it presents an overview of classical terminology and it deals with distinguishing of psychopathology and organic pathology according to Michel Foucault. The main interest is devoted to the interpretation of the historical context of the problem of normality, so as it is interpreted by Michel Foucault.

### **Keywords:**

Normality, psychology, psychopathology, Michel Foucault, history, insanity, mental illness, insan person, internment, Tuke, Pinel, enlightenment.

## **Synopse**

Diese Arbeit konzentriert sich auf das Problem der Normalität, sowohl in Bezug auf Psychologie und Psychopathologie, in Bezug auf die Geschichte, vor allem aus der Ansicht von Michel Foucault zu diesem Thema. Das Ziel ist es, die ausgewählten theoretischen Problem der Normalität dokumentieren.

Die Arbeit unterscheidet die grundlegenden Konzepte von Normalität und der Definition der Kriterien. Darüber hinaus präsentiert er einen Überblick über klassische Terminologie und diskutiert über die Unterscheidung zwischen Psychopathologie und organische Pathologie nach Michel Foucault. Das Hauptinteresse bei der Auslegung der historischen Zusammenhang ( Kontex ) des Problems der Normalität gewidmet ist, so wie es interpretiert Michel Foucault.

### **Stichwort:**

Normalität, Psychologie, Psychopathologie, Michel Foucault, Geschichte, Wahnsinn, psychische Krankheit, Wahnsinn, Internierung, Tuke, Pinel, Aufklärung.



## Obsah

ÚVOD.....	10
<b>1 PROBLÉM NORMALITY Z HLEDISKA PSYCHOLOGIE A PSYCHOPATOLOGIE.....</b>	<b>12</b>
1.1 ZÁKLADNÍ KONCEPCE NORMALITY.....	14
1.2 KRITÉRIA NORMALITY.....	15
<b>2 MICHEL FOUCAULT - PSYCHOPATOLOGIE A ORGANICKÁ PATOLOGIE.....</b>	<b>22</b>
2.1 PŘEHLED UŽÍVANÉ TERMINOLOGIE .....	22
2.2 PSYCHOPATOLOGIE VS. ORGANICKÁ PATOLOGIE .....	25
<b>3 HISTORICKÝ KONTEXT PROBLÉMU NORMALITY Z POHLEDU MICHELA FOUCAULTA.....</b>	<b>28</b>
3.1 ZROD DUŠEVNÍ NEMOCI V DĚJINÁCH.....	29
3.2 INTERNACE.....	32
<b>3.2.1 Obrat Tukeův a Pinelův .....</b>	<b>34</b>
3.3 STRUKTURA ŠÍLENSTVÍ PODLE MICHELA FOUCAULTA.....	37
3.4 ŠÍLENSTVÍ A JEHO PODOBA V DOBĚ OSVÍCENSTVÍ.....	40
<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>46</b>
<b>POUŽITÁ LITERATURA.....</b>	<b>49</b>

## Úvod

Bakalářská práce se zabývá problémem normality a to především z pohledu Michela Foucaulta. Klást si otázku po podmínkách normality se mi zdá aktuální, a to hlavně v současné civilizaci, kdy se tato otázka řeší především z pohledu psychologie a psychopatologie, avšak důležité je zde i hledisko historické.

Člověk se díky vědeckým pokrokům mění, tudíž se proměňují i nároky a kritéria normality. Je to aktuální téma jak z hlediska vědeckého, tak z každodenní životní praxe. Ačkoli se toto téma může zdát z počátku nenáročné, jedná se o složitou otázku, kterou se můžeme zabývat z různých hledisek.

Otázku tzv. normality osobnosti neřešíme totiž pouze z psychologického nebo psychopatologického hlediska, ale problém normality osobnosti můžeme považovat za mezioborový (interdisciplinární), to znamená, můžeme se jím zabývat z hlediska biologie, specifických zákonitostí psychického vývoje, sociologie, historie a eticko-filozofických norem. „Porozumět podstatě abnormity logicky předpokládá mít jasno o normalitě. Stanovení normality lidského chování je jedním ze základních předpokladů diagnostiky i terapie nebo nápravy abnormního chování.“ (Syřišťová, 1970, s. 3)

Někteří považují tuto otázku za nezbytnou, jiní pochybují o samotné existenci normality a považují ji za nesmyslnou. Například Michal Černoušek říká, že definice nemocného člověka je neobyčejně vratká a relativní. „Takže stačí odhodit brýle mámení a šilenci jsou kolem mne: vykukují zpoza rohů, mávají mi na pozdrav v dnešním informačním boomu, halekají ze stránek novin a časopisů. Stačí ovšem zase posunout úhel záběru a všechno vidíme jakoby všemocným a neomylným pohledem rozumu, chladné racionality. (Černoušek, 1994, s. 9) „Ovšem tím, že člověk zavírá své bližní do blázince, nedokáže sám sobě, že on blázen není.“ F. M. Dostojevskij (Černoušek, 1994, s. 9)

V praxi ale víme, že nejen lékaři a psychologové, ale také soudci a jiné vzdělávací instituce, které se snaží člověka „normalizovat“, tzn. utvářet a napravovat, si musí pokládat otázky: Proč? K čemu? Jaké cíle sledujeme?

Michel Foucault pojímá tento problém odlišně. Nejenže se zabývá pojmem normality a abnormality, tedy duševní nemocí z hlediska psychologie, ale jeho ústředním tématem je dobová zkušenost se šílenstvím, abnormalitou a projevy nerozumu. „Základní je cézura, stanovující odstup mezi rozumem a ne-rozumem; teprve a jedině z ní se odvíjí pohyb, jímž se rozum chápe ne-rozumu, aby mu vyrval jeho pravdu, ať už pravdu šílenství, viny nebo nemoci.“ (Foucault, 1994, s. 6)

Foucault nahlíží zpět do „prvopočátků“ až po moderní psychiatrické myšlení a snaží se nalézt dobu, kdy spolu rozum a ne-rozum ještě stále komunikoval. Moderní doba, která stanovila kritéria normality a tedy duševní nemoci, se šílencem již nekomunikuje. „Na jedné straně je člověk rozumu, který k šílenství posílá lékaře a připouští jen vztah skrze abstraktní univerzálnost nemoci; a na straně druhé člověk šílený, komunikující s druhým pouze prostřednictvím stejně abstraktního rozumu, který znamená řád, fyzický a mravní útisk, anonymní tlak skupiny, požadavek konformity.“ (Foucault, 1994, s. 6) Tento dialog skončil s koncem 18. století, kdy se šílenství stalo duševní nemocí a toto rozdělení je považováno za dokonalé. Foucault říká: „Řeč psychiatrie – což je monolog rozumu o šílenství.“ (Foucault, 1994, s. 6)

Cílem bakalářské práce je dokumentovat vybraná teoretická východiska problému normality. To znamená nejen pohled psychologický a psychopatologický, ale také kulturně-historický a to konkrétně pohled Michela Foucaulta. Abychom mohli hovořit o duševní nemoci, měli bychom stanovit normality lidského chování. Proto se nejdříve soustředíme na určení kritérií normality. Dále poukážeme na klasickou terminologii a budeme se zabývat rozlišením psychopatologie a organické patologie podle Michela Foucaulta. Poslední kapitolu rozdělíme do několika podkapitol. Nejdříve nastíníme zrod duševní nemoci v dějinách. Dále se soustředíme na internaci a vznik útulku, budeme se zabývat strukturou šílenství podle Michela Foucaulta a v závěru práce nahlédneme na šílenství a jeho podobu v době osvícenství.

# 1 Problém normality z hlediska psychologie a psychopatologie

Ačkoliv se otázka normality zdá nejaktuálnější v psychologii a psychopatologii, je otázka normality „širší než otázka po možnosti odstranění nebo prevence psychických poruch. Je to v podstatě otázka po možnosti dosažení lidského životního optima a jeho podmínek.“ (Syřišťová, 1972, s. 8)

Syřišťová říká, že pokud zkoumáme tyto podmínky a možnosti optimálního rozvoje osobnosti, zajímáme se o člověka a jeho tělesnou schránku, genetické vklady, ale zabýváme se také otázkami, které si lidé pokládali od pradávna a ke kterým dospěje každý z nás „a před kterými se ocitají dějiny ve svých uzlových bodech: otázka životního smyslu, hodnoty nebo hodnot, do kterých by bylo možno život investovat, otázka náplně vzájemných lidských vztahů, otázka svobody a zdůvodněné volby mezi životem a smrtí. (Z tohoto hlediska je otázka normality také problémem filozofickým.)“ (Syřišťová, 1972, s. 9)

Na druhé straně je také zajímavé zabývat se normalitou ve vztahu k určité historické epoše (jako to dělá např. právě Michel Foucault), nebo k určité kultuře, atd. Syřišťová udává příklad pojetí normality u afrických Křováků. Toto pojetí je od civilizovaných Evropanů velmi odlišné. To, co je považováno u kulturních národů za těžkou perverzi (jedná se např. o nekrofilii – erotický vztah k mrtvole), je národním zvykem u afrických Basetů.

Středověk měl na rozdíl od dnešní moderní civilizace také některá velice odlišná měřítká duševního zdraví. To znamená, že existují různá kritéria, různé životní cíle, které jsou odlišné v závislosti na věku a kulturně historických či přírodních podmínkách. Normalitu tedy nemůžeme definovat bez ohledu na společenské podmínky, ve kterých lidé žijí. Seberealizace člověka je na společenských podmínkách závislá. „Lidské bytí může být úspěšně ovládáno jen s jeho vnitřním souhlasem.“ (Syřišťová, 1972, s. 20)

Pokud bychom potlačovali individuální schopnosti, zájmy a potřeby, odsuzovali bychom společnost ke stagnaci či narušení vlastního normálního vývoje. Aby tedy bylo možné zkoumat a znát faktory, které deformují osobnost a hledat nezbytné podmínky jejího normálního vývoje, je nutné kritéria normality „určit“.

Přes závratné pokroky dnešní moderní civilizace, zde stojí otázky jako: Kdo jsme a k čemu spějeme? Co myslíme pod pojmy „normální člověk“ nebo „normální společnost“? Co je podstatou lidské normality? Je normalita skutečnost nebo mylná představa? Shoduje se s duševním zdravím a je protikladem nemoci? Je normalita nekonečný vývojový proces nebo ideální stav? Je normalita poměrně stálá struktura, která trvá v procesu změn, nebo je její podstata právě v dynamice, v procesu změny v čase? Nepatří moment „abnormity“ k samé podstatě normality? Nebyla by tzv. „perfektní normalita“ právě něčím nenormálním? Je možné problém normality zkoumat vědecky?

Přestože je hlavním předmětem psychologie normální společnost, kladla si otázky po podstatě normality pouze okrajově. „Normalitu vymezovala víceméně negativně jako nepřítomnost nemoci.“ (Syřišťová, 1972, s. 12) Vzhledem k tomu, že se s pojmem normality zcela automaticky a bezprostředně setkáváme v psychologii, pedagogice či soudnictví, aniž bychom přesně věděli, co to normalita je, můžeme to považovat za paradox.

Někteří tvrdí, že problém normality nemůže být vědecky zkoumán, protože je založen na hodnotících (normativních) soudech. To znamená, že kritéria normality jsou normativní, není tedy možné, aby byla pravdivá či nepravdivá. Normativní soudy jsou zobecnělé návyky určité sociální skupiny. Věda nemůže rozhodovat o tom, co je a není pravdivé. Na druhé straně si někteří myslí, že problém normality není založen jen na hodnotících soudech, protože při „normální“ psychické činnosti jsou platné určité objektivní zákonitosti, které mohou být předmětem vědeckého zkoumání jako zákonitosti normální činnosti organismu jako biologického celku. Ačkoliv hraje normativní hledisko v otázce normality důležitou roli, je to hledisko dílčí. Problém normality je tedy problém interdisciplinární.

## **1.1 Základní koncepce normality**

Současná psychologie a psychopatologie rozlišuje tři hlavní koncepce normality osobnosti:

1. pojetí normality jako duševního zdraví (normalita = nepřítomnost nebo protiklad nemoci),
2. pojetí normality jako „optimálního stavu“,
3. pojetí normality jako nekonečného procesu k seberealizaci.

Pojetí normality jako nepřítomnosti nemoci je velmi úzké. Jedná se o záporné vymezení, na kterých stojí četné tautologické definice normality, tzn. definice kruhem. Syřišťová uvádí příklad: chování je normální, pokud nejsou příznaky choroby přítomny. Podle Syřišťové ale záporné vymezení choroby nestačí. Musíme mít i pozitivní, které není zaměřeno pouze na prevenci duševních chorob, ale také na stanovení takových podmínek, které by umožňovaly optimalizaci života lidského jedince v jeho společenském prostředí.

Pojetí normality jako „optimálního stavu“ se setkává s nejasností a nejednotností, protože názory na lidské životní „optimum“ jsou rozdílné. „Představa životního optima jako „hotového, ideálního stavu“ je nebiologická a především „nelidská“. Je v přímém rozporu nejen s dynamikou vývoje, ale především s povahou lidské existence, k níž patří možnost tvoření a sebeutváření, přesah do budoucnosti, tzn. permanentní nehotovost.“ (Syřišťová, 1972, s. 16)

Pojetí normality jako nekonečného procesu k seberealizaci se zdá být nejpřijatelnějším jak z hlediska biologického, tak psychologického, sociálního i filosofického. „Toto pojetí zahrnuje zároveň specifickou možnost svobodné volby individua ve vztahu k aktivnímu sebetvoření a přetváření životního prostředí. Tzv. optimální normalita osobnosti je paradox. Není to hotový stav, ale nekonečný proces, jehož hlavním motorem je svobodná a tvořivá interakce člověka s jeho prostředím.“ (Syřišťová, 1972, s. 18)

Jedním ze základních předpokladů diagnostiky, terapie či nápravy abnormního chování je tedy stanovení normality lidského chování. Abychom byli schopni rozumět psychickým abnormitám a mohli je klasifikovat, musíme je porovnat s určitým modelem normality. Tyto modely nemůžeme vytvářet bez toho, aniž bychom studovali

vývoj a zvláštnosti patologické osobnosti nebo bez ohledu na základní podmínky psychické činnosti.

## **1.2 Kritéria normality**

Mezi nejčastější diskutovaná kritéria normality (a zároveň abnormity) v psychologii a psychopatologii jsou podle Syřišťové subjektivní uspokojení, schopnost správného sebehodnocení, pocit identity, schopnost seberealizace, autonomie, nezávislost, sebeurčení, integrace osobnosti, rezistence ke stresu, tolerance k úzkosti, adekvátní percepce reality, schopnost přežití a sociální adaptace.

Ačkoliv jsou kritéria seřazena od méně významných k těm závažnějším, nabývají význam zpravidla až v kombinaci s ostatními.

### Subjektivní uspokojení

Někteří autoři tvrdí, že subjektivní uspokojení je jedno z kritérií normality, které je považované za duševní zdraví. Naopak duševní choroba bývá přirovnávána k pocitům nedůvěry v sebe samého, citového neuspokojení, méněcennosti, atd.

I když patří pocit uspokojení k nejžádanějším pocitům člověka, nemůže být rozhodujícím kritériem normality, ale naopak může být kritériem velmi sporným. To hlavně v případě, kdy neodpovídá životní situaci.

### Schopnost správného sebehodnocení

Pokud jsme schopni realistického sebehodnocení, můžeme se označit za duševně zdravé. Avšak problém nastává v tom, co je možné považovat za „správné“ a „objektivní“. I v tomto případě existují dva názory. Na jedné straně je jedním z předpokladů správného a objektivního hodnocení vědomí sama sebe. Na druhé straně jiní vidí v uvědomování si sama sebe rys, který je v protikladu duševnímu zdraví. „Nevěnujeme pozornost sami sobě, pakliže jsme skutečně zdraví. Naše vlastní já se stává předmětem naší pozornosti zejména tehdy, když jsme nemocni. Osobnost, která je skutečně plně sama sebou, si sebe neuvědomuje. Sebe-vědomí vyrůstá z nemoci.“ (Syřišťová, 1972, s. 58)

Avšak ani v prvním případě není nutné, aby mělo vědomí sama sebe stálou převahu. Jedná se spíše o to, aby byl psychicky zdravý člověk schopný vědomě zvážit své schopnosti a mohl rozumem kontrolovat svá citová hnutí tak, aby to neovlivňovalo jeho bezprostřední chování. V druhém případě není možné vyloučit, že by psychicky zdravý člověk nebyl schopen si sám sebe jasně uvědomovat.

Syřišťová uvádí jako nej přijatelnější východisko syntézu tzv. „skutečného“ a „ideálního já“. Avšak i toto měřítko v určitých případech selhává. Jedná se především o intelektově deficitní jedince. Například u debilních jedinců je rozpor mezi skutečným a ideálním já malý. Řada debilních nebo slaboduchých jedinců má v sobě jednotnost a jsou i svým způsobem šťastni, a přesto je nemůžeme považovat za normální a duševně zdravé.

Mnoho vážně psychicky nemocných jedinců netrpí rozporem mezi svými vlastními nerealizovatelnými možnostmi a skutečným stavem. Autorka uvádí příklad, kdy paranoik, který je přesvědčen, že je Einstein, netrpí rozporem mezi svým skutečným a ideálním já. „Rozpor mezi faktickou a ideální (optimální) existencí je v podstatě charakteristický pro člověka a může být, za předpokladu kritického zhodnocení vlastních potencialit, podmínkou hlubšího sebepoznání, tvořivé činnosti a rozvoje osobnosti.“ (Syřišťová, 1972, s. 59)

### Pocit identity

Pocit identity je považován za další důležité kritérium duševního zdraví. Úzce se vztahuje k jednotě skutečného a ideálního já a integraci osobnosti. „Zdravá osobnost ví, kdo je, a nemá pochybnost o své vnitřní identitě. Je charakterizována pocitem jednoty mezi tím, co by chtěla být, a tím, co může být. Má jasný obraz sama sebe.“ (Syřišťová, 1972, s. 59)

Pocit identity můžeme považovat za naše vnitřní bohatství, které získáváme zkušeností v průběhu vývoje. Takový jedinec neztrácí svou osobnost ani v průběhu přírodních a sociálních změn. Člověk je schopen lépe vytvářet mezilidské vztahy, čím větší má pocit jistoty o vlastní totožnosti. Vědomí vlastního já se ztrácí, když u jedince převládají pocity nejistoty, úzkosti a ztrátou významných osobních nebo sociálních vazeb.



Depersonalizace, tedy ztráta pocitu vlastní identity má úzký vztah ke ztrátě smyslu života. Dále pocit identity předpokládá, že je jedinec schopen rozlišovat správně mezi sebou a objektivní realitou. U duševně nemocných se tyto hranice často úplně stírají. V tomto případě jsou u některých vážných psychických poruch promítány neřešitelné či neúnosné konflikty mimo osobnost a stávají se z nich objektivní síly, které působí mimo vědomé rozhodování a vůli. V tuto chvíli se jedinec, který je bezmocný vůči frustrační situaci, stává pasivním a není schopen tuto situaci jakkoli řešit. Ztráta pocitu vlastní identity má pak alespoň po určitou dobu funkci obranného mechanismu, kdy se může jedinec distancovat od neúnosných a traumatizujících zážitků. Pociť identity tedy získáváme na základě dlouhodobé zkušenosti v průběhu vývoje osobnosti a může být jedním z ukazatelů duševního zdraví pravděpodobně pouze v dospělosti.

#### Schopnost seberealizace

To znamená schopnost, rozvinout vlastní vlohy, potenciality a schopnosti. „Je to vlastně optimální varianta vývoje lidského jedince, jejímž předpokladem je znalost vlastních možností a předpokladů a jim odpovídajících cílů, právě tak jako schopnost volit vhodné způsoby aktivit k jejich rozvinutí.“ (Syřišťová, 1972, s. 61)

Autorka říká, že pokud nejsme schopni naše vlastnosti a dovednosti dále rozvíjet, dochází k nevyužití vývojových možností, které jsou danému jedinci nejvlastnější. Například jedinec, který má výrazné hudební nadání a nemá dostatek vnějších podnětů k tomu, aby rozvinul své schopnosti, nebo žije v prostředí, které brzdí jeho motivaci k hudební činnosti, zůstane toto nadání pravděpodobně nevyužité a skryté.

#### Autonomie, nezávislost, sebeurčení

Autonomie nebo nezávislost jedince je v úzkém vztahu se sebepoznáním a uvědomováním si vlastního já. Osobnost, která je nezávislá, může zhodnotit své možnosti nebo nedostatky a podle toho usoudit dosažitelné cíle. Autonomie osobnosti závisí přímo na hloubce poznání sebe sama a na správném náhledu do objektivního dění. Autonomie a samostatný vývoj osobnosti jsou tím větší, čím více byl v dětství

upevněn pocit jistoty a bezpečí. Čím byla citová závislost dítěte na rodičích pevnější, tím méně je jedinec nejistý a úzkostný v prvních sociálních vztazích. Bez této prvotní závislosti by jedinci chyběla vnitřní jistota a budoucí základ pro to, aby byl schopen osamostatnění v dospělosti.

### Integrace osobnosti

Jedná se o jednotnou strukturu psychických vlastností, činností a procesů. Extrémním protikladem integrace osobnosti je dezintegrace, tj. „rozpad“ osobnosti, což je příznak zejména některých psychóz. Integrita jako ukazatel normální psychické činnosti je často uváděna v úzkém vztahu k pojmu dynamické rovnováhy. Syřišťová hovoří o dynamické rovnováze psychických činností, vlastností, procesů a potřeb jak aktuálních, tak geneticky mladších a starších. Vedle naší vnitřní rovnováhy je důležitá, pro náš normální psychický vývoj, dynamická rovnováha mezi jedincem a prostředím. Jedna z významných podmínek integrace osobnosti je pocit smysluplnosti života, tzn. že osobnost má stanovené dlouhodobé životně důležité cíle.

Jedinec bez jakékoli naděje do budoucnosti, naděje na seberealizaci v osobních vztazích a na sociální roli, není schopen integrace a pohybuje se na okraji psychické choroby.

### Rezistence ke stresu, tolerance k úzkosti

Syřišťová uvádí, že o duševním zdraví můžeme uvažovat také v termínech „individuální odolnost vůči stresu“ nebo „tolerance k úzkosti“ či „síla já“. Neuspokojení, úzkost nebo napětí se týká i duševně zdravých jedinců, ale s tím rozdílem, že duševně nemocným tyto stavy výrazně narušují rovnováhu psychických procesů. Tolerance k tomuto zatížení nezávisí pouze na subjektivní odolnosti, ale také na síle a trvání rušivých podnětů, které mají dopad na jedince.

Podle autorky může sníženou odolnost vůči zatížení způsobovat několik faktorů, jako chronické nahromadění nepříznivých zátěžových situací, jedinec může být nadměrně citlivý na podněty, ale příčinou mohou být také fyzické choroby nebo důsledky toxických vlivů.

V momentě krize mobilizuje zdravý jedinec své obranné mechanismy a vyvíjí zvýšenou aktivitu k řešení a odstranění krizové situace, naopak nemocný člověk se stahuje sám do sebe, narůstají u něj pocity bezmoci a úzkosti, která může přerůst až v paniku. Konflikty, které jedinec nebyl schopen vyřešit, narušují jednotu osobnosti.

#### Adekvátní percepce reality

Dalším významným kritériem duševního zdraví je správné a reálné vnímání skutečnosti. Pojem percepce je zde používán v širším významu poznávacího procesu. Základním problémem tohoto kritéria je, co můžeme považovat za správnou, adekvátní percepci reality. Syřišťová uvádí, že jako správné vnímání a chápání reality většinou považujeme konvenční myšlení, které je shodné nebo porovnatelné se zkušeností druhých a je obvyklé pro to sociální prostředí nebo tu kulturně historickou epochu. To s čím souhlasí většina, můžeme považovat za hlavní měřítko v psychologickém posuzování chorobného nebo normálního vnímání a výkladu reality.

I když je toto měřítko v klinickém pozorování potřebné, existují situace, kdy může být sporné. Jedná se například o velké objevy přírodních věd, které se snažily člověka vymanit z konvenčního nazírání světa, ale právě z hlediska konvencí byly dlouho chápány jako výplody paranoidních šilenců. Pokud se podíváme na filosofické pochybování o vlastní existenci či důkazu objektivní reality, vypovídalo by toto měřítko o filosofii jako projevu psychické poruchy, při které nemocný jedinec popírá existenci osob a věcí.

#### Schopnost přežití

Toto kritérium duševního zdraví vychází spíše z biologického stanoviska. Avšak „jedině u člověka, na rozdíl od zvířete, je možné, že život jako biologický fakt se může stát pouhým prostředkem života jako faktu sociálního.“ (Syřišťová, 1972, s. 66) Existují mezní situace, ve kterých je pro jedince přijatelnější nežít, než žít pokřiveně, trpět ztrátou své důstojnosti, ztratit právo na pravdu a svobodu. Takovou oběť učinil např. Sokrates, avšak podle pouhé deskriptivní psychopatologie by mohl být považován za aberantního masochistu, tj. perverze, která spočívá ve svévolném sebeničení.

## Sociální adaptace

Mezi další významná měřítka normality patří sociální adaptace neboli přizpůsobivost. Na druhé straně maladaptace, tedy sociální nepřizpůsobivost, je závažným ukazatelem abnormální psychické činnosti. Měřítkem sociální adaptace a maladaptace jsou zákony a společenské normy, které se vztahují k danému společenskému systému. Přizpůsobivost jedince bychom mohli měřit podílem individuálních potřeb a norem chování na normách, které požaduje společnost. Avšak musíme vždy určit přizpůsobivost ke konkrétnímu životnímu standardu.

I toto měřítko normality se může stát problematické vzhledem k tomu, že samotné společenské hodnoty a normy mohou mít spornou platnost. Např. jedinec, který žije spokojeně v patogenním, tj. pro duševní zdraví nepříznivém, společenském systému, za jaký můžeme považovat fašismus nebo nacismus, je z pohledu základních lidských hodnot nemocný více než člověk, který je duševně nemocný z důvodů vlastních chronických rozporů s tímto společenským systémem. Tím samozřejmě neříkáme, že ti kteří jsou v rozporu s takovýmto systémem, nemohou být duševně zdraví, ale nežijí optimálně. Také ti, kteří žijí v tomto systému spokojeně, nemusí být nutně duševně nemocní ve smyslu psychiatrické diagnózy.

## Statistická norma jako kritérium normality

Ačkoliv se jedná o měřítko podstatné, podle Širíšťové ho nemůžeme s normalitou vždy ztotožňovat, proto autorka uvádí příklad. Vysoce nadprůměrnou inteligenci, bychom díky jejímu malému výskytu musely podle statistické normy považovat za patologickou stejně jako výskyt debility. Podle tohoto vzorce by byla nadprůměrná inteligence považována za chorobný stav a oblasti s vysokým výskytem drog by byly podle statistického měřítka považovány za normálnost. Musíme proto věnovat pozornost postupům, abychom nevyvozovali nesmyslné závěry.

## Aktivní přizpůsobivost

Aktivní přizpůsobivost bývá považována za jedno ze základních kritérií normality. Jedná se o vědomé zasahování jedince do jeho životních podmínek tak, aby uspokojovaly jeho potřeby a mohl rozvíjet své schopnosti a dovednosti. Aktivní

přizpůsobivost také znamená, že člověk je schopen měnit jak vnitřní rovnováhu vlastních psychických sil, tak vnější prostředí. Tento termín ale také potřebuje vidinu budoucnosti, ve které se může jedinec rozvíjet. Pokud tuto vidinu nemá, ztrácí životní cíle a není schopen normálně žít. Takovéto projevy bezvýchodnosti, zpomalení životního tempa, se vyskytují např. u hlubokých depresí. Aktivní přizpůsobivost je tedy jedno ze základních kritérií normality, ale je možná pouze ve svobodném sociálním prostředí, které dovoluje účast jedince na společenském dění.

Syřišťová říká, že určení diagnózy nezávisí pouze na patologických projevech, ale také na objasnění příčinných souvislostí choroby. Pouze tak můžeme být úspěšní v procesu terapie nebo nápravného postupu.

## 2 Michel Foucault – psychopatologie a organická patologie

Podle Foucaulta je nutné rozlišit psychopatologii od patologie organické. Říká, že definovat v psychologii poruchu zdraví, není snadné. Foucault se domnívá, zda-li tím důvodem není právě to, že se zde pokoušíme použít pojmy, které slouží zároveň i somatické medicíně. Podle Foucaulta se objevují problémy při hledání jednoty mezi změnami osobnosti a organickými poruchami proto, že se v obou příkladech klade struktura stejného typu. „Za psychopatií i organickou patologií se předpokládá jakási obecná a abstraktní patologie, která je oběma prvním nadřazena, jako cosi předem daného jim vnucuje stejné pojmy a indikuje jim ve formě postulátu stejné metody.“ (Foucault, 1999, s. 8) Foucault chce tedy ukázat, že „kořeny psychopatologie nesmějí být hledány v nějaké „metapatologii“, nýbrž v určitém historicky situovaném vztahu člověka k člověku šílenému a ke skutečnému člověku vůbec.“ (Foucault, 1999, s. 8)

Abychom si ujasnily vztahy mezi psychopatií a organickou patologií a věděli, jak se tradiční psychopatologie utvářela, je nutný celkový přehled.

Obecná patologie se vyvíjela ve dvou hlavních etapách. Nejprve se psychiatrie snažila rozuzlit podstatu nemoci prostřednictvím jejich příznaků. Na jedné straně tedy vznikla symptomatologie. Ta si všímá stálých nebo i pouze častých souvztažností mezi určitým druhem choroby a určitým chorobným projevem, např. zmatenost, která je příznakem takové nebo takové formy demence. Na druhé straně vznikla nosografie. Ta analyzuje vlastní podoby choroby, popisuje etapy jejího vývoje a určí varianty, kterými se choroba může projevovat. Foucault považuje za důležité, udělat schématický přehled této klasicky užívané terminologie.

### 2.1 *Přehled užívané terminologie*

#### Hysterie

Hlavními symptomy hysterie je sugestibilita a výskyt poruch, jakými jsou necitlivost, anorexie, atd. V tomto případě tyto poruchy nemají organický podklad, ale jejich původ je pouze psychický.

## Psychastenie

Psychastenii můžeme charakterizovat jako nervové vyčerpání, které je provázeno organickými příznaky jako bolestí hlavy nebo svalovou astenií, mentální astenií, to znamená sklony k únavě, obtížné navazování kontaktů se skutečností a přítomností nebo neschopnost jakékoli námahy.

## Obsese

Projevy obsese jsou pochyby, nerozhodnost a neklid, které se projevují v běžném duševním stavu.

## Mánie a deprese

V případě mánie a deprese se jedná o střídání dvou protichůdných syndromů v kratších či delších intervalech. Syndrom manický spočívá v hněvivé nebo euforické náladě, v pohyblivém neklidu nebo přemírou asociací. Oproti tomu příznakem depresivního syndromu je smutná nálada a psychické zpomalení. Mánie a deprese se mohou projevovat samostatně, avšak častěji jsou propojeny a pravidelně i nepravidelně se střídají.

## Paranoia

Zde se jedná o bludné přesvědčení, které neprovází halucinace.

## Chronická halucinační psychóza

Jedná se o psychózu, která je spojena s bludy, jež jsou nesouvislé. Tato psychóza je spojena s halucinacemi.

## Hebefrenie

Hebefrenie je psychózou dospívání. Jejími příznaky jsou nelogismy, upovídanost a impulzivní chování, halucinace.

## Katatonie

Katatonie se u jedince projevuje negativismy jako například odmítáním potravy, dále sugestibilitou jakou je svalová pasivita a nakonec stereotypními nebo impulzivními reakcemi jako brutálními pohybovými výbuchy.

Poslední tři patologické formy byly spojeny v celek a pojmenovány společným názvem schizofrenie. Pojmová struktura těchto analýz je stejná, jakou používá organická patologie. U obou případů je stejná metoda rozdělování symptomů do jednotlivých patologických skupin a definice hlavních nosologických jednotek.

Foucault uvádí, že pokud definujeme duševní chorobu na základě stejných pojmových metod jako chorobu organickou, pokud se psychologické symptomy oddělují a spojují jako fyziologické, pak je to zejména proto, že je duševní i organická choroba považována za přirozenou podstatu, která se projevuje specifickými symptomy. U těchto dvou forem patologie ale neexistuje skutečná jednota, jedná se pouze o abstraktní paralelismus. Podle Foucaulta zůstává problém psychosomatické totality a jednoty člověka neřešen.

Pod tlakem právě tohoto problému se patologie obrací k novým metodám a koncepcím. Ustupuje se od pojmání choroby jako nezávislé reality, z hlediska symptomatologie se jí nepřipisuje role přírodního druhu a ani role cizího tělesa z hlediska organismu. Naopak je dávana přednost globální reakci člověka; „choroba se již nestaví jako autonomní realita mezi chorobný proces a obecnou činnost organismu, už je považována jen za jakýsi abstraktní rastr, jímž nazíráme vývoj nemocného jedince.“ (Foucault, 1999, s. 14)

Privilegované místo má v psychopatologii také pojem psychické totality; „choroba je chápána jako vnitřní porucha osobnosti, jako vnitřní dezorganizace jejího struktury, jako postupné vychýlení jejího vývoje; má svou realitu a smysl jen uvnitř strukturované osobnosti.“ (Foucault, 1999, s. 15) Dnes se psychopatologie pokouší v tomto směru definovat duševní choroby podle šíře poruch osobnosti a rozděluje psychické poruchy na dvě hlavní kategorie: psychózy a neurózy.

V případě psychózy se jedná o poruchu globální osobnosti a patří do poruch myšlení. Jedná se o vážné duševní onemocnění, pro které je charakteristická ztráta kontaktu s realitou a hluboká porucha mezilidských vztahů, která je příčinou sociální maladaptace. Na rozdíl od neurotického jedince, který o svých osobních potížích ví, psychotik si své nemoci není vědom. Důsledkem je izolace od vnějšího světa. Psychotik si utváří vlastní svět, ve kterém je všemohoucí. Do psychóz řadíme schizofrenii, maniodepresivní psychózu. Nejtypičtějším příznakem psychózy jsou bludy.

Na druhé straně stojí neuróza. To je „duševní porucha, která nenarušuje základní funkce osobnosti a kterou si jedinec bolestně uvědomuje. (Sillamy, 2001, s. 132) Oproti psychóze zasahuje pouze část osobnosti. Mezi neurózy patří například



fobické poruchy, úzkostné stavy a hlavní neurózou je hysterie. Společnými znaky neurotiků je nejistota ve své sociální roli, agresivita vůči druhým, porucha spánku, atd. Neurózu může spustit emoční šok, materiální potíže či přetížení.

Osobnost je tedy chápána jako živel, ve kterém se choroba vyvíjí a jako kritérium, které umožňuje její posouzení. Osobnost je skutečností choroby a současně i její mírou. „V tomto privilegovaném pojmu totality byl spatřován návrat ke konkrétní patologii a možnost stanovit oblast psychopatologie i oblast organické patologie jako jeden celek.“ (Foucault, 1999, s. 16)

Ať už jsou první příznaky choroby organické nebo psychické povahy, je na chorobu v každém případě nahlíženo v souvislosti s celkovým postavením člověka ve světě, není už psychologickou nebo fyziologickou podstatou, ale obecnou reakcí člověka požímaného v jeho fyziologické i psychologické totalitě. Podle Foucaulta lze ze všech těchto nových forem analýzy vyčíst jeden společný smysl: „čím více je nazíraná jednota lidské bytosti jako celek, tím více se jako specifická jednota rozplývá realita choroby, a tím více se ukazuje potřeba nahradit analýzu přirozených forem choroby popisem jedince, reagujícího patologickým způsobem na své postavení ve světě.“ (Foucault, 1999, s. 17)

Tento pojem totality, který zavádí jednotu a odstraňuje problémy, vnáší do patologie nové ovzduší. Avšak podle Foucaulta je naším úkolem naopak ukázat, že organická patologie vyžaduje jiné analytické metody než mentální patologie a že pouze pojmová řeč umožňuje podkládat chorobám duševním a chorobám tělesným stejný smysl. Ačkoliv jednota ducha a těla do kategorie skutečnosti patří, jednotná patologie, která používala stejné metody a pojmy jak v oblasti fyziologické, tak v oblasti psychologické, dnes patří do kategorie mýtu.

## **2.2 Psychopatologie vs. organická patologie**

Foucault poukazuje na rozdíl mezi psychopatií a organickou patologií prostřednictvím pojmu abstrakce, normálních a patologických jevů a vztahu mezi nemocným a prostředím.

## Abstrakce

Foucault říká, že psychologie nikdy nemohla poskytnout psychiatrii to, co fyziologie dala medicíně. Pokud by to tak bylo, měli bychom nástroj analýzy, který by přesným určením poruchy umožnil zkoumat vztah dané choroby k celé osobnosti. Spojitost psychického života totiž spočívá na odlišném základě než soudržnost organismu; „integrace jednotlivých segmentů zde směřuje k jednotě, která je podmínkou každého z nich, ale zároveň je v jednom každém shrnuta a obsažena celá.“ (Foucault, 1999, s. 18) Jedná se o významovou jednotu jednání, kdy každý prvek, jako například zločin nebo volná asociace, má v sobě celkový ráz, styl a celou dosavadní historii. Abstrakci tedy nemůžeme provádět stejným způsobem v psychologii jako ve fyziologii. V organické patologii si přesné vymezení poruchy žádá jiné metody než v psychopatologii.

## Normální a patologické

V medicíně je rozlišení mezi patologickými jevy a jevy normálními celkem jasné. Organismus funguje podle své normy a v případě vychýlení se jedná o patologický jev, který se snaží „napravit“. Například při fraktuře stehenní kosti se snaží organismus přiměřeným způsobem reagovat na ránu, „tak jako je choroba vepsána v souhrnu normálních fyziologických virtualit, tak i možnost uzdravení stojí vepsána v procesu choroby.“ (Foucault, 1999, s. 19)

V psychiatrii je tomu jinak. Rozlišení mezi patologickým a normálním je zde pojmem osobnosti zvláště stíženo. Například u maniodepresí jsou příznakem přehnané emocionální reakce a u schizofrenie je to přerušení kontaktu s realitou, avšak tato analýza může platit na normální osobnost stejně jako na osobnost patologickou. V tento moment o přechodu od normálních reakcí k chorobným nemůžeme mluvit jako o přesné analýze, ale o kvalitativním odhadu, který může být prostředníkem různých zmatků.

## Nemocný a prostředí

Posledním rozdílem, který zabraňuje tomu, aby byla psychologicky pojatá osobnost analyzována stejnými pojmy, a aby se k ní přistupovalo stejnými metodami jako totalita organická, je prostředí. Samozřejmostí je, že žádnou metodu nemůžeme oddělit od diagnostických metod, kterými chorobu lékařská praxe obklopuje. „Pojem

organické totality však nezávisle na těchto faktorech zdůrazňuje individualitu nemocného; dovoluje izolovat ho v originalitě jeho choroby a přesně vymezit charakter jeho patologických reakcí.“ (Foucault, 1999, s. 20)

Skutečnost nemocného v psychopatologii takovou abstrakci nedovoluje. Každou chorobnou specifickou musíme chápat pomocí praktického chování, jaké k ní zaujímá její prostředí.

Podle Foucaulta nemůžeme mezi fenomény organické patologie a psychopatologie jednorázově přijmout ani naprostou jednotu, ani abstraktní paralelismus; nemůžeme přenést z jedné do druhé definici chorého jedince nebo kritéria normality. „Psychopatologie se musí zbavit všech postulátů „metapatologie“: jednota mezi různými formami nemoci, kterou taková metapatologie nastoluje, je vždycky jen umělá, tzn. závisí na historické skutečnosti, které jsme už vzdáleni.“ (Foucault, 1999, s. 22)

### 3 Historický kontext problému normality z pohledu Michela Foucaulta

Předchozí přehled ukázal, v jakých podobách se duševní choroba projevuje, ale nemohl objasnit, za jakých předpokladů se projevuje. Podle Foucaulta by bylo mylné se domnívat, že tyto podmínky může odhalit psychická historie, organický vývoj nebo situace člověka ve světě. Ačkoliv se v nich choroba projevuje, podle Foucaulta má patologická odchylka jako taková své vlastní kořeny jinde. Foucault říká, že se i ty nejjobecnější psychologické zákony vtahují vždy k dané „fázi lidstva.“ „Už dávno se stal společným bodem sociologie a psychopatologie fakt, že choroba má svou realitu a platnost jakožto choroba jen v rámci kultury, který ji za takovou uznává.“ (Foucault, 1999, s. 75) Podle Foucaulta například pacientka, která má stigmata a vidění, by v jiné kultuře mohla být považována za mystickou věštkyni.

Ačkoliv je pojem normality pojmem relativním, není tato skutečnost bezprostředně zřejmá. Foucault zmiňuje významného francouzského sociologa Émila Durkheima, který se pokusil objasnit normalitu evoluční a zároveň statistickou koncepcí. Podle Durkheima mohou u určité kultury či společnosti platit takové patologické jevy, které se liší od běžného průměru. Důvodem může být překonaná etapa předchozího vývoje nebo budoucí fáze začínajícího rozvoje. Avšak jak už jsme řekli, statistické měřítko jako kritérium normality vždy normalitu reprezentovat nemůže. „Je-li správné pokládat za normální typ schematickou bytost, která by vznikla shrnutím nejčastějších znaků druhu do jediného, jaksi abstraktně universálního celku... pak lze říci, že každá odchylka od této normy zdraví je chorobný fenomén. Společenskou skutečnost můžeme v rámci určité společnosti nazvat normální jedině tehdy, vztáhneme-li ji ke stejné určité fázi rozvoje této společnosti.“ (Foucault, 1999, s. 76)

Durkheim pozoruje chorobu z negativního aspektu, protože duševní chorobu definujeme vztahem k normě a patologické projevy spočívají v odchylce. Díky své povaze je choroba považována za okrajový jev, který se k určité kultuře vztahuje pouze jako chování, které do ní nepatří.

Foucault říká, že pokud vidí Durkheim v odlišení se od normy vlastní povahu choroby, je to bez pochyby díky celé jeho kulturní iluzi. Podle Foucaulta naše společnost vystrkává a izoluje nemocného proto, aby se v něm neviděla. V momentě, kdy určí diagnózu nemoci, vyloučí jedince trpícího chorobou ze svého středu. Sociologové a psychologové, kteří nahlíží na nemocného jako na jedince, který se odchyluje od normy a snaží se nalézt původ choroby v anomálii, v podstatě ukazují postoj společnosti k tomuto tématu.

Podle Foucaulta se naše společnost v duševních chorobách pozitivně odráží. A to ať je to jako u primitivních národů, které je často staví do středu svého náboženského života nebo v naší kultuře, která se je snaží vystrčit ze svého středu a umístit mimo sociální život.

Proto se Foucault ptá, jak dospěla naše kultura k tomu, že vidí v chorobě odchylku a nemocnému udává statut, díky kterému je vyloučen ze společnosti?

### **3.1 Zrod duševní nemoci v dějinách**

Do 19. století byla zkušenost se šílenstvím v západním světě velmi různorodá. Ačkoliv je dnes již součástí pojmu „choroba“, podle Foucaulta by nás to nemělo mást a odvracet od jeho „bohatství“. Oblast šílenství byla zachycena v patologických pojmech už v řecké medicíně a v západním světě se medicína pokoušela léčit šílenství bez ohledu na dobu. Jednalo se například o nemocnici Hotel-Dieu v Paříži, která disponovala lůžky pro chromyslné. To se však týkalo pouze malého úseku, tzn. takových forem šílenství, které bylo možné vyléčit jako například melancholie nebo frenezie. Existovaly ale i další podoby šílenství, které zůstávaly bez jakékoli lékařské pomoci.

Chápání šílenství nemá pevná měřítka, ale mění se zároveň s dobou. Na jedné straně je ukryto a na druhé straně vychází a zařazuje se bez problému do společnosti. Takovým obdobím je i bezesporu 15. století. Doznívají zde poslední projevy gotického období. Pro tuto éru byla typická hrůza ze smrti a šílenství. Jako důkaz můžeme brát díla, která zobrazují tuto problematiku jako Tanec mrtvých na hřbitově Neviňátek.

Na konci 15. století vzniká *Lod' bláznů* Hieronyma Bosche a roku 1509 *Chvála bláznovství*.

Až do druhé poloviny 15. století je ústředním tématem smrt. Avšak po Triumfu smrti na zdech Campo Santo v Pise dochází k náhlému obratu, kdy téma smrti vystřídal výsměch šílenství a začínají slavnosti bláznů, které slavila Evropa po celou renesanci. Existovaly lidové veselice, které se konaly u příležitosti divadelních představení, které byly pořádány „společnostmi bláznů“. Jako příklad můžeme uvést *Navire bleu* (modrá loď) ve Flandrech. Existovala také celá ikonografie, počínaje obrazem *Lodě bláznů* od Bosche po *Bláznivou Margaret* Breughela. Vznikají také filozofická díla, vědecké texty a morálně kritická díla jako například *Stultifera Navis* (*Lod' bláznů*) od Branta či Erasmova *Chvála bláznovství*. Vznikla celá literatura šílenství. V divadlech jsou scény bláznovství součástí dramatické tvorby, vedou od klamného řešení k pravdivému rozuzlení a od iluze k pravdě. „Shakespeare a Cervantes koncem renesance svědčí o tom, jakého předního postavení dosáhlo šílenství, jehož budoucí význam ohlašovali sto let předtím Brant a Hieronymus Bosch.

Foucault uvádí, že to však neznamenal, že by se v období renesance o bláznů nepečovalo, naopak. V 15. století byly otvírány první velké domy, které byly určeny bláznům a to nejdříve ve Španělsku, potom následovala Itálie. Způsob léčby v těchto domech byl nepochybně inspirován arabskou medicínou. Jednalo se ale pouze o několik míst. Šílenství se v této době mohlo volně pohybovat a bylo součástí společnosti. Pro člověka se jednalo o každodenní zkušenost. V této době se společnost nesnažila šílenství ovládnout. Ve Francii existovali i slavní blázni, se kterými se kultivovaná veřejnost ráda bavila. Jako příklad Foucault uvádí *Blueta d'Arberése*, jehož knihy byly čteny jako dílo bláznovství. Zhruba do roku 1650 byla západní kultura projevům šílenství zvláštním způsobem nakloněna.

„Renesance dala průchod hlasu šílenství, zkrotila však jeho útočnost. Osvícenství je podivně násilným zásahem umlčí.“ (Foucault, 1994, s. 37)

Prudká změna nastala uprostřed 17. století, kdy se svět šílenství změnil ve svět vyhnanců. V celé Evropě vznikaly velké internační ústavy, které nebyly určeny pouze bláznům, ale dalším vzájemně se lišícím jedincům jako byli například pohlavně nemocní, žebráci, povaleči a další, kteří neodpovídali společenským, mravním nebo

právní normám a byli určitým způsobem „narušeni“. K těmto účelům byly přebudovány a otevírány „všeobecné nemocnice“ po celé zemi, avšak neměly žádné lékařské poslání. Lidé zde nebyli léčeni, ale byli přijímáni, protože již nemohli či nesměli být součástí společnosti. V této době nešlo o vztah šílenství k nemoci, ale o vztahy uvnitř společnosti, tzn. co společnost v chování jedinců uznávala a neuznávala. Tato izolace fungovala jako nápravné zařízení. Vládl zde systém nucené práce. Jedinci v těchto ústavech tkali, předli nebo vyráběli různé předměty, které prodávali za nízkou cenu a jejichž výdělek se měl podílet na provozu „nemocnice“. Tato pracovní povinnost hrála také velkou roli morální hodnoty a trestu. Ve vznikajícím měšťanském světě byl totiž definován největší prohřešek. Nejednalo se už o pýchu či chtivost jako tomu bylo ve středověku, ale tím největším prohřeškem se nyní stala zahálka. Jedinci, kteří byli v těchto ústavech, měli společnou vlastnost a tou byla neschopnost podílet se na akumulaci bohatství pro společnost. Najednou se v moderním světě začalo utvářet něco, co do té doby nebylo. V původním smyslu se tedy izolace odvíjela od změn ve struktuře společenského prostoru.

Podle Foucaulta měl tento jev pro určení tehdejší zkušenosti šílenství hned dvojí význam. Na jedné straně šílenství, k němuž byla společnost pohostinná, a bylo viditelné, najednou zmizelo. „Propadlo se do času mlčení, z něhož po dlouhou dobu nevyjde, bylo zbaveno své řeči, a jestliže se o něm mohlo i dále mluvit, ono samo o sobě mluvit nemohlo.“ (Foucault, 1999, s. 87) A na druhé straně zde vznikla nová spojitost mezi šílenstvím a dalšími jedinci izolace. Díky tomu, že ústavy nebyly určeny pouze bláznům, ale také pohlavně nemocným a zločincům, získalo šílenství pověst, které se nemůže zbavit. Proto v 18. a 19. století bylo šílenství spojováno s různými druhy zločinu. Foucault uvádí např. zločiny z lásky. Na počátku 20. století bylo šílenství příčinou agrese a viny. Pravá podoba šílenství ale nebyla odhalena, jedná se pouze o to, co z něho historie vytvořila za tři staletí. Foucault říká, že šílenství je mnohem historičtější, ale zároveň mnohem mladší. „Donutit šílenství mlčet, nedokázala izolace více jak jedno století.“ (Foucault, 1999, s. 89)

Od 18. století se mohou choromyslní opět objevovat v běžných oblastech a opět se stávají součástí každodenního života. Nastává konec izolace, kdy bylo šílenství uvěznováno. Samovolné věznění je politicky trestáno a všichni žádají zrušení

internace. Vyvstává ale otázka, jak bude vypadat budoucnost šílenství, když se stane opět svobodným?

Byly hledány nové formy péče o chudé. Šílenec ale mohl být po propuštění na svobodu nebezpečný sobě i okolí a proto musel být hlídán. Řešením byly opět internační ústavy, ale tentokrát byly určeny pouze šilencům. Internace ale nebyla ve stejném významu jako dříve, ale měla „lékařský“ charakter. Spojení s touto reformou měli osobnosti jako Pinel z Francie či Tuke v Anglii.

Skutečnost byla bohužel jiná. Pinel ani Tuke neopustili původní internační metody a realita byla ještě tvrdší. V podstatě se jednalo o sociální týrání. Šílenec byl nepřetržitě sociálně a mravně hlídán. Cílem léčby bylo vštípení pocitů viny, závislosti a vděčnosti. Prostředky k dosažení těchto cílů byly např. tresty, hladovění, ponižování, aj. Následoval trest při jakémkoli abnormálním chování.

Vznikaly také různé metody a techniky, které spíše trestaly a mučily než léčily. V tento moment se šílenství přestalo chápat jako globální jev, který postihuje tělo i duši. „V novém světě ústavů pro choromyslné, ve světě mravnosti, která trestá, se stalo šílenství faktem, týkajícím se bytostně jen lidské duše, jejího pocitu viny a její svobody, napříště je chápáno v dimenzi niternosti, a tím také poprvé dostává šílenství v západním světě psychologický statut, psychologickou strukturu a význam.“ (Foucault, 1999, s. 91)

### **3.2 Internace**

Na počátku 19. století se strhla všeobecná vlna pohoršení nad smíšením vězňů a šilenců. Tímto tématem se pak zabývalo celé století. Byli to například Tukeové v Anglii nebo Reil v Německu, který vyjadřoval lítost nad těmito lidmi. „Tímto hlasitým nárokem být tím prvním, kdo vymaní blázna z politováníhodného společenství s odsouzcenci, kdo oddělí nevinnost ne-rozumu od provinilosti zločinců, zaznívá věk pozitivismu bez oddechu víc než půl století.“ (Foucault, 1994, s. 154)

Tyto protesty se však ozývaly už dávno předtím. Foucault jmenuje Francka, který byl před Reilem a La Rochefoucaulda a Tenona, kteří byli před Esquirole a Pinelem. Tlumenější hlasy se ozývají ještě v dřívějších dobách. Jedná se o správce,



dozorci nebo ředitele, kteří se domáhají z generace na generaci o oddělení bláznů od trestanců. Jako příklad uvádí Foucault dohlázele z káznice v Brunšviku, který požadoval – a to již v roce 1713 - , aby mezi internované, kteří pracují v dílnách, nebyli mícháni blázni, protože svou neukázněností a křikem v dílně ruší. „To, co se vším leskem a patosem formuluje 19. století, tichým hlasem říkalo a neúnavně opakovalo už století osmnácté.“ (Foucault, 1994, s. 155) Foucault říká, že ve skutečnosti Reil, Esquirol nebo Tukeové pouze hlasitěji tlumočí dlouholetý slogan internační praxe.

Avšak 18. a 19. století se ve svých tvrzeních lišilo. V celém osmnáctém století se kladl důraz na to, že vězňové zasluhují lepší osud, než být smícháni s bláznem. Naopak tomu bylo ve století devatenáctém, kde vzbuzovalo pohoršení, že se s bláznem nejedná o nic lépe než s odsouzcením nebo podvracením státu.

Foucault považuje za nutné, zdůraznit rozdíl mezi 18. a 19. stoletím, abychom viděli, jak se zkušenost šílenství v průběhu 18. století proměnila. Příčinou nebylo humánní hnutí, které by objevilo v bláznovi lidství, ani tlak vědecké potřeby. Pojetí šílenství se proměnilo přímo na území internace.

Foucault říká, že je to pojetí spíše politické než filantropické. První a nejostřejší protesty vycházejí od samotných vězňů, kteří upozornili na to, že v osmnáctém století byli mezi internovanými zločinci také lidé, kteří jsou neutišitelné povahy. Protesty vězňů během století sílí, „šílenství je pro ně stále větším postrachem, přímo obrazem jejich pokoření, jejich poraženého a umlčeného rozumu.“ (Foucault, 1994, s. 156) Foucault zmiňuje Mirabeaua, který označí rozsáhlou šílenství za nástroj k otupení zbylých vězňů. Šílenství je chápáno jako trest navíc. Podle Foucaulta není přítomnost bláznů mezi vězni nic skandálního, ale pravda internace. Přítomnost šílenství je podstatou internace a ne jejím omylem. Polemika, která je vedena v osmnáctém století proti internaci, se zabývá směřováním bláznů s lidmi normálního rozumu, ale ne však základním vztahem mezi bláznem a internací, jak je tento vztah všeobecně pojímán.

Politická kritika osmnáctého století tedy vůbec nesměřovala k osvobození bláznů. Podle Foucaulta se rozhodně nedá říci, že by šílenství více otevřela medicíně nebo filantropii. Naopak spoutala šílenství s internací ještě více. „Šílenství se tak

jakýmsi paradoxním kruhovým pohybem nakonec jeví jako jediný smysl internace, jejíž hlubokou nesmyslnost symbolizuje.“ (Foucault, 1994, s. 157)

V devatenáctém století nelidskost v zacházení s šílenci, jak tomu bylo v osmnáctém století, neskončila, ale skončila samozřejmost internace. Svobodné šílenství se stává problémem. Největším problémem je tato skutečnost pro zákonodárce. Je nutné skoncovat s internací, ale není jasné, jaký sociální prostor šílenství vyhradit.

### **3.2.1 Obrat Tukeův a Pinelův**

V dějinách psychiatrie je symbolem nové lepší doby věk, kdy bylo šílenství rozpoznáno a začalo se s ním zacházet podle pravdy. Je to období, kdy se Společnost kvakerů rozhodla, že svým členům, které postihla ztráta rozumu, zajistí veškerou možnou péči a na základě dobrovolných příspěvků postavěla zařízení, aby je léčila a ulehčila jim život.

Dalším symbolem tohoto období je příběh Tukeův a příběh Pinelův. Oba díky své legendárnosti přežily až do dnes. „Psychiatrie 19. století přijme mýtické hodnoty pinelovské a tukeovské legendy jako přirozenou samozřejmost. Tyto mýty v sobě ale tají zákrok, nebo spíš řadu kroků, jež v tichosti zformovaly jak svět útulku, tak léčebné metody i konkrétní zkušenost šílenství do určité podoby.“ (Foucault, 1994, s. 170)

Foucault říká, že Tukeovo gesto vyvolala vlna filantropie. „Osvobození“ pomatených se přičítá právě jemu. Ve skutečnosti šlo o něco jiného. „Tukeův“ Asyl měl nábožensky a mravně segregovat. Existovaly dva důvody. Za prvé každá citlivá duše trpí při pohledu na zlo. Je to pro ni zdroj nenávisti, hrůzy a vášní, které vyvolávají a podporují šílenství. Podle Tukeho vede smíšení osob různého náboženského vyznání, zhýralců s počestnými osobami, jak je tomu v internačních ústavech, k nemožnosti návratu rozumu a podporuje misantropické myšlenky a melancholii. Hlavním důvodem však bylo náboženství, které se výchovou, věkovitým zvykem i každodenním praktikováním stalo stejně hlubokým, jako příroda zároveň představuje princip donucení. Proto může plnit dvojí roli a to roli přírody a roli řádu. „Náboženství znamená spontánnost i nátlak, to jest právě ony jediné dvě síly, jež mohou při výpadku

rozumu vyvážit rozpoutanou divokost šílenství; jeho příkazy, pokud byly pevně vštípeny na začátku života..., stávají se takřka přírodními zákony; a často se ukázalo, že dokážou zkrotit i to nejvzrušenější blouznící šílenství. Podporovat vliv náboženských zásad na ducha nemocných je velice významný léčebný prostředek.“ (Foucault, 1994, s. 171)

Podle Foucaulta tedy náboženství zastává funkci skrytého dohlázeatele a nátlak na šílenství je zde ještě větší a bližší, než v dobách osvěcenské internace. Mravní a náboženské prostředí se v osvěcenci vnucovalo zvenčí, drželo šílenství zkrátka bez toho, aby je léčilo. V Asyly je náboženství využíváno k tomu, aby naznačovalo, že rozum je v šílenství stále přítomen a od pomatenosti vede zpět ke zdraví. Cílem náboženské segregace není ochrana nemocných před bezbožnými, ale postavit šílence do mravního prostředí, kde se objeví v dialogu sám se sebou a svým okolím, tzn. že cílem je vytvořit takové prostředí, které nebude ochranou, ale bude pomateného udržovat v setrvalém znepokojení, pod stálou hrozbou prohřešku a zákona.

Princip strachu je při léčbě šílenství chápán jako velmi důležité hledisko. Strach přímo ztělesňuje samu podstatu útulku. Avšak pojetí strachu Asyly se lišilo od pojetí v dobách internace. Strach internace byl strachem povrchovým, vyznačoval hranici mezi rozumem a ne-rozumem a uplatňoval svou moc dvojím směrem, krotil zuřivost a nutil rozum, držet se stranou. Zatímco strach v Asyly byl hlubinný. Měl funkci prostředníka mezi rozumem a šílenstvím. Tento strach měl nastavit primitivní dorozumění mezi šilencem a člověkem rozumu. „Šílenství už teď nemá nahánět strach, nebude už moci; strach bude mít ono samo, strach, v němž bude bez odvolání a nenávratně vydáno pedagogice zdravého rozumu, pravdy a morálky.“ (Foucault, 1994, s. 172)

Podle Foucaulta je třeba, abychom přehodnotili významy, které jsou přičítány Tukeovu dílu. Tedy že pravá povaha kroků jako zrušení nátlakových metod, osvobození bláznů, vytvoření lidského prostředí byla naprosto jiná. Ve skutečnosti Tuke vytvořil útulek, ve kterém svobodný teror šílenství nahradil bezvýhodnou úzkostí z odpovědnosti. Strach je v této době přímo uvnitř Asyly. Tukeův útulek už šílence a jejich provinilost netrestá, ale ještě hůře, vytváří ji. Šílenec je své provinilosti neustále dáván na pospas, je předmětem trestu sám sobě i druhým. Tuke předpokládal,

že pokud si šílenec uvědomí svou provinilost, vrátí se mu tím rozum. „To, co se jeví jako prostý negativní krok, totiž rozvázání pout a osvobození té nejhlubší přirozenosti šílenství, je ve skutečnosti krok pozitivní, který šílenství uzavírá do systému odměn a trestů a zapojuje je do pohybu mravního uvědomění. Je to jen přechod ze světa Zavržení do světa Soudu.“ (Foucault, 1994, s. 176)

Dohled a soud jsou dva prvky, které ukazují, co je charakteristické pro útulek 19. století. Je tím autorita. Ta až do konce 18. století v internaci neexistovala. Byla zde pouze abstraktní tvář, která pomatené věznila, a dohled měli často sami věznění. Tuke postavil mezi dohlázele a nemocné, tedy mezi rozum a šílenství, prostředníka. Ten zasahuje pouze pohledem a slovem, nemá zbraň. Foucault říká, že ze skutečnosti, že v útulcích devatenáctého století již není nátlak, neplyne, že by byl ne-rozum osvobozen, ale že je šílenství již dávno podmaněno.

Cílem celé organizace Asyly je tedy co největší sledování pomatených. Pomatení fungují jako děti, které musí mít systém odměny a trestu před očima. Tuke klade velký důraz na to, aby vztah pomatených a jejich dohlázele působil jako velká rodina. „Tato „rodina“ zdánlivě vytváří kolem nemocného normální a přirozené prostředí; ve skutečnosti ho však ještě víc odcizuje: úředně potvrzená nesvéprávnost znamenala ochranu pomateného jakožto právního subjektu; když se nyní tato starobylá struktura stala formou soužití, pomatený je cele a to jako subjekt psychologický – vydán autoritě a prestiži člověka, který vládne rozumem a je pro něj konkrétním ztělesněním dospělosti, to jest nadvlády a moci, která o něm rozhoduje.“ (Foucault, 1994, s. 178)

Na druhé straně je příběh Pinelův. U Pinela se také jedná o segregaci, ale nikoli náboženskou. Mravním základem pro něj není náboženství, ale medicína. Podle Pinela se mají všechny názory, které mají náboženský charakter, brát pouze z lékařského hlediska. Pinel pokládal za důležité osvobodit útulek od náboženství a všeho, co je mu fantazijně blízké. Tato Pinelova myšlenka nábožensky neutralizovaného útulku, zbaveného vášní, které vedou k bláznění a halucinacím, se od Tukeových představ liší.

Avšak Foucault říká, že Pinel se snažil redukovat pouze fantazijní formy, ale ne samotný mravní obsah náboženství. Podle Pinela má pročištěné náboženství léčivou sílu, která tiší vášně a navrácí člověka tomu, co je v něm podstatné a může ho přiblížit

k jeho mravní pravdě a tím ho vyléčit. Z toho plyne, že je Pinelův útulek náboženská oblast bez náboženství. Jedná se o oblast morálky a etické uniformizace, má být výrazem kontinuity společenské morálky a vládou v něm hodnoty práce a rodiny. Snaží se v něm nastavit stejnorodou vládu morálky a bez milosti jí podřídit všechny, kdo by se z ní chtěli vymanit.

Pinel tedy tvoří jednotnost, ale zároveň sociálně pranýřuje. Podle Foucaulta byla operace, kterou prováděl Tuke ještě prostá. Jednalo se o náboženskou segregaci, která měla za cíl mravní očistu. U Pinela je tato operace složitější: „jde o to dosáhnout mravních syntéz, zajistit etickou kontinuitu mezi světem šílenství a světem rozumu, ale cestou segregace sociální, která dává buržoazní morálce punc univerzálnosti a umožňuje jí vnutit se všem formám šílenství jako zákon.“ (Foucault, 1994, s. 183)

Ačkoli se dílo Pinelovo a Tukeovo liší, shodují se na nové postavě, která vchází do života útulku, a tou je lékař. Právě lékař rozhoduje o přijetí do útulku. Avšak nevykonává zde autoritu vědce, ale moudrého člověka. Představoval v Asylu Otce, Soudce, Rodinu a Zákon.

### **3.3 Struktura šílenství podle Michela Foucaulta**

Foucault říká: „Jednou bude nutné se pokusit prostudovat šílenství -šílenství osvobozené a, abychom tak řekli, navrácené své původní řeči – jako celkovou strukturu.“ (Foucault, 1999, s. 95)

Foucault usuzuje, že by se bez pochyby ukázalo, že není kultura, která by neměla v lidském chování a řeči určité zvláštní jevy, ke kterým společnost zaujímá jiný postoj. Takoví lidé sice nejsou pro společnost ani nemocní, ale ani normální lidé. Jsou čímsi odlišní, co chce být společností odlišeno. Neznamená to ale, že bychom to měli hned nazývat duševní nemocí, podle Foucaulta je to pouze prázdný prostor, ve kterém se usídí zkušenost šílenství.

Jak už jsme řekli, každé století chápalo tento prostor jinak. V 16. století byl pozitivně chápán a uznáván, zatímco v 17. století byl popřen, znehodnocen a umlčen. „Šílenství v tom nejširším smyslu má své místo zde, v této sedimentační rovině

kulturních fenoménů, kde začíná být negativně hodnoceno to, co bylo původně chápáno jako Odlišnost, Bezesmyslné, Ne-rozum.“ (Foucault, 1999, s. 97)

V této době začalo působení mravních významů a skutečností se stávají obranná opatření, jejichž následkem je vyloučení ze společnosti neboli exkomunikace. Podle Foucaulta může být toto vyloučení různého typu a to podle druhu kultury. Může se jednat o izolaci zeměpisnou, jako příklad uvádí indonéská společenství, kde je člověk označený jako „odlišný“ odsouzen k osamělému životu a to i několik kilometrů od vesnice. Dále je to izolace tělesná, v tomto případě se jedná o použití internace tak, jak je tomu v naší společnosti.

Tyto separační taktiky utvářejí rámec, ve kterém je šílenství vnímáno. Nemůžeme jednoznačně říct, toto je šílenec. Ve skutečnosti záleží hlavně na rozdělení sociálního prostoru a exkomunikace. Foucault tvrdí, že pokud se „lékář domnívá, že stanovil diagnózu šílenství jako přirozeného fenoménu, ve skutečnosti mu dovolila usoudit na šílenství právě existence této hranice.“ (Foucault, 1999, s. 98) V každé kultuře se tato hranice liší a její vývoj se odráží v tom, jakým způsobem se kultura utváří. V naší společnosti hranice citlivosti k šílenství od poloviny 19. století poměrně klesla. Důkazem, výsledkem i příčinou je existence psychoanalýzy. Tato hranice se ale nutně nemusí vztahovat pouze na pohled lékaře, šílence jako takového můžeme jistě poznat a izolovat, aniž bychom mu přiřkli přesný patologický statut, jako tomu bylo do 19. století v Evropě.

Je zde také tolerance k samotné existenci šílenství. Tato tolerance je sice spojená s již zmíněnou hranicí, ale přesto je na ní celkem nezávislá. Foucault uvádí, že procento, svým okolím uznávaných bláznů, je poměrně stejné v Japonsku jako ve Spojených státech. Avšak tam je vysoká intolerance. Sociální skupina (často i rodina) není schopna osobu, která se liší, začlenit ani přijmout. Ihned žádá hospitalizaci, pobyt na klinice či izolaci od rodiny. V Japonsku je situace jiná. K odchýlným osobám jsou více tolerantnější a umístění do nemocnice nebo kliniky není pravidlem. „A jestliže v době válek a těžkých krizí klesá v evropských ústavech počet přijatých pacientů, jedním z mnoha důvodů je silný pokles úrovně integračních norem prostředí, které se přirozeně stává tolerantnějším než v normální době, kdy je koherentnější a méně vystaveno tlaku událostí.“ (Foucault, 1999, s. 98)

Foucault říká, že lékařský pohled na šílenství se může rozvinout až na základě těchto jmenovaných aspektů, avšak stále nás nevede nic k tomu, aby diagnózou byla duševní choroba. Žádné lékařství, ať arabské, středověké či karteziánské, nepřipouštělo dělení chorob na duševní a tělesné. Každá patologická forma brala jedince jako celek. „A aby vznikla psychopatologie, znamenalo to ještě celou řadu operací, které na jedné straně umožnily rozlišit mezi organickou patologií a poznáním duševních chorob a na druhé dovolily definovat zákony „metapatologie“, která je oběma těmito oblastem společná a abstraktně řídí jejich fenomény.“ (Foucault, 1999, s. 99)

Podle Foucaulta mluvíme stále ještě pouze z hlediska odstupu, který zaujímá daná společnost ke zkušenosti Bezesmyslna, z něhož pak postupným rozlišováním vzniklo šílenství, nemoc, duševní nemoc. Na druhou stranu Foucault říká, že by bylo také třeba ukázat, kdy se jevy, které určitá kultura odmítá, stávají zároveň jejím kladným vyjádřením. „I vyobcované a umlčené šílenství má hodnotu řeči a jeho obsahy dostávají svůj smysl na základě toho, co je odhaluje a odmítá jako šílenství.“ (Foucault, 1999, s.99) Příkladem může být duševní nemoc se svými strukturami a profily, které v ní vidí současná psychologie.

Dále Foucault říká, že o současném šílenství se dnes hodně mluví v souvislosti s přetechnizovanou dobou a tím, že zanikají přímé citové vztahy mezi lidmi. Takováto vazba bezpochyby existuje. Avšak bylo by nesprávné říci, že je pro člověka duševní nemoc, v tomto případě často schizofrenie, jediným prostředkem, jak utéct před tlakem skutečného světa. „Skutečnost je taková, že zůstávají-li člověku cizí obsahy vcházející do jeho řeči, není-li schopen dát tomu, co vyplývá z jeho konání, lidský a živoucí smysl, je-li tlak, kterým ho svírají ekonomická a společenská určení, tak velký, že nemůže nalézt v tomto světě svou vlast, pak žije v kultuře, která takové patologické formě, jakou je schizofrenie, dává možnost; je-li člověk cizincem ve světě reality, je odkázán na svět „soukromý“, pro který neexistuje žádná objektivní záruka; protože však dál zůstává pod tlakem reálného světa, chápe svět do kterého upadl, jako osud.“ (Foucault, 1999, s. 105) Pokud náš současný svět dává prostor schizofrenii, není tomu tak proto, že by ho události činily abstraktním a nelidským, ale důvodem je to, že si naše kultura překládá svět takovým způsobem, že se v něm už jedinec sám není shopen poznat.

Foucault říká, že psychologické rozměry choroby by při poctivém přístupu k věci neměly být zkoumány nezávisle. Duševní chorobu můžeme stavět do vztahu ke vzniku člověka nebo do vztahu k individuální psychické historii, ale nesmíme dělat, z těchto různých aspektů choroby, ontologické formy, abychom neskončili u mýtických výkladů jako je existenciální antropologie či vývoj psychologických struktur. „Pouze v dějinách lze ve skutečnosti odhalit konkrétní a priori, z něhož se duševní nemoci spolu s otevřením její zprvu prázdné možnosti dostává i její nevyhnutelné podoby.“ (Foucault, 1999, s. 105)

### **3.4 Šílenství a jeho podoba v době osvícenství**

Tato kapitola nepojednává o vývoji různých psychiatrických pojmů, ale má za cíl, ukázat šílenství v 17. a 18. století, a to konkrétně jeho podoby a to, jak se jevílo osvícenskému myšlení. Tyto podoby jsou stále poznamenané mýtickými představami. Jedná se o mánii a melancholii a hysterii a hypochondrii.

V 16. století se pojem melancholie vysvětloval skrze symptomy a výkladem samotného termínu. Za symptomy byly považovány různé bludné představy, které si o sobě jedinci utvářeli. „Někteří se považují za zvířata a přejímají od nich hlas i pohyby. Někteří se považují za skleněné nádoby, a couvají proto před chodci ze strachu, aby se nerozbily; jiní mají strach ze smrti, ačkoli si ji nejčastěji právě sami způsobují.“ (Foucault, 1994, s. 72) Foucault zmiňuje Thomase Sydenhama, který viděl v melancholicích jedince, kteří jsou jinak velmi rozumní a moudří a řekl, že Aristoteles uznával právem, že mají melancholici více ducha než ostatní.

Melancholie 17. století zůstávala v zajetí tradice čtyř šťáv. Ve století osmnáctém došlo k dialogu mezi melancholickým bludem a působením černé žluče, ta se stala principem, který odlišoval melancholický blud od mánie a zuřivého šílenství. V této době nebyla jednotu choroby „definována na základě pozorovaných příznaků či předpokládaných příčin; je však na půl cestě k tomu, a nad jedněmi i druhými, zahlédána jako určitá kvalitativní koherence, která se vyvíjí, předává a mění podle určitých zákonů. Pojem melancholie neutváří lékařská teorie, ale skrytá logika této koherence.“ (Foucault, 1994, s. 75) Podle Foucaulta je to zřejmé z textů Thomase



Willise. Jeho výklad melancholie vychází z životního fluida a jeho mechaniky. Charakterizuje ji jako nezuřivé a nehorečnaté šílenství, které provází smutek a úzkost. Původem tohoto šílenství je defektní stav mozku a chaotický pohyb fluid. Avšak Willis věděl, že tyto úzkostné stavy nemůžeme vysvětlovat pouhými pohyby. Těmi můžeme vysvětlit pouze bludy, ale ne úzkostné stavy, které dávají melancholii tvář.

Při melancholii se sebou fluida kymácejí, to ale brzy polevuje, protože se síla vyčerpá a fluida se zastaví. Proto se melancholie nikdy neprojevuje zuřivostí. Jedná se o šílenství, které je omezené svou vlastní bezmocí. Willis se tedy opírá čistě jen o teorii fluid. Jejich pohyby nevysvětlují symptomy, ale určují povahu. Melancholická zkušenost je tedy vykládána fenomenologicky.

Zhruba o sedmdesát let později ztrácí teorie fluid vědeckou prestiž. Zdroje nemocí se hledají v pevných a tekutých látkách. Foucault zmiňuje Jamesův Všeobecný lékařský slovník, ve kterém se píše, že mají všechny tyto choroby svůj původ v mozku. „Všechny tyto vznešené funkce se změní, pokříví, zeslábnou a totálně rozpadnou, jestliže krev a šťávy, pokažené v kvalitě i kvantitě, přestanou stoupat do mozku rovnoměrným a uměřeným způsobem a začnou tam divoce a dravě vířit, nebo se tam pohybují příliš pomalu, ztěžka či ochable.“ (Foucault, 1994, s. 76) Tato analýza se opírá o určité základní vlastnosti jako tíhu, pomalost a zatarasenost. Jedná se o vlastnosti, které jsou odpozorované z chování jedince, ale které je nesprávně přenáší na organismus. V 18. století trpěla neblouznivým šílenstvím každá osoba, která projevovala známky nehybnosti, beznaděje, mlčení, skleslosti nebo sklony k samotě.

Stejným principem spojitosti se v době osvícenství řídily i analýzy mánie. Například Willis vidí v melancholii a mánii dva protipóly. Zatímco melancholii provázejí stavy jako strach a smutek, u mánie je to zuřivost a odvaha. V 18. století je mánie vykládána jako maximální napětí vláken, která neustále vibrují. Nemocní jsou zuřivě šílení a věci se jim nejeví takové, jaké jsou doopravdy. Jde o jakýsi informační zmatek. U mánie se také hovoří o vysušení vláken a vyčerpání šťáv. Foucault hovoří o J.-B. Van Helmontovi. Počínaje jím se začaly praktikovat koupele, kdy byli maniaci „léčeni“ studenou vodou. Svět melancholie je naopak studený, vlhký a těžký.

Tato struktura mánie se ale na konci 18. století hroutí. Willis přišel s objevem střídavého pohybu mánie a melancholie. Dokázal rozpoznat, že je mezi nimi určitá

vnitřní příbuznost. Objevil skutečnost, že pokud se melancholie zhorší, pak se mění v zuřivost a naopak. Podle Willise je společným jmenovatelem skrytý oheň. Melancholie jako kouř, který zastírá mozek a mánie jako plamen. Další už pak pouze navazovali na již zjištěný fakt, tak jako například Spengler a jeho výklad střídání mezi melancholií a mánií. Podle Foucaulta je podstatné to, že tento proces neproběhl od pozorování ke konstrukci objasňujících obrazů, ale naopak. Prostřednictvím obrazů se strukturovala percepce, díky které nabyli příznaky důležité hodnoty, a utvořily skutečnou pravdu.

V případě hysterie a hypochondrie se řešily dva hlavní problémy. Zda-li můžeme považovat hysterii a hypochondrii za mentální choroby či za formy šílenství? Je možné o nich mluvit dohromady, jako o mánii a melancholii?

Na konci osvěcenské éry mnozí lékaři stále neřadí hysterii a hypochondrii mezi smyslové poruchy a nosografické záznamy je téměř nepokládají za nemoci, mezi kterými by byla jakákoli souvztažnost. Avšak je zde Willis, který podává studii hysterie a hypochondrie a pojednává o nich jako o nemocích hlavy. Jedná se u něj o dvě různé nemoci a jejich vysvětlení předkládá prostřednictvím teorie fluid. V případě hysterie jsou fluida přehřátá, tlačí se jedno na druhé, jako by chtěla vybuchnout, a to vyvolává nesmyslné a nepřírozené pohyby, které jsou charakteristické pro hysterickou křeč. V případě hypochondrie jsou fluida rozdrážděna nějakou pro ně nepřátelskou látkou, která způsobuje poruchy a zmatek ve smyslových vláknech. Willis říká, že bychom se ale neměli nechat zmást vzájemnou podobou některých symptomů, protože někdy se opravdu zdá, že hypochondrické potíže plynou z divokých pohybů hysterie, protože při křečích se skutečně občas vyskytují bolesti. Ale podle Willise je tato podobnost klamná. Avšak díky těmto konstantním odlišnostem se pozvolna dovršuje proces, kterým se hysterie a hypochondrie stávají navzájem více podobné jako dvě formy jedné nemoci. Foucault zmiňuje Richarda Blackmora, který v roce 1725 vydal dílo, ve kterém definuje tyto nemoci jako dvě variace jedné poruchy. A dále Whyta, u kterého je v polovině 18. století asimilace úplná a příznaky jsou totožné.

Na konci 18. století je hysterie a hypochondrie zařazena do oblasti mentálních chorob. Foucault uvádí jako příklad Josepha Raulina, který ve své definici nepřikládá

hysterii žádnou organickou podstatu, ale řadí ji do oblasti patologické a tuto nemoc přikládá hlavně ženám.

Foucault říká, že hypochondrie a hysterie jde ve věku rozumu po dvou liniích. Nejdříve se obě nemoci pozvolna sbližují, až se spojí v jeden společný pojem mentální choroby. Druhá linie jejich tradiční patologickou bázi a význam posunuje jinam a pomalu je nasměrovává do oblasti duševní nemoci vedle mánie a melancholie. Tato integrace ale neprobíhá na základě základních vlastností, které představovali imaginární hodnoty jako u mánie a melancholie. Tato integrace proběhla jiným způsobem.

Typické vlastnosti hysterie a hypochondrie byli lékaři osvětské éry samozřejmě také hledány. Ale nikdy neobjevili onu souvislost, která dala tvář mánii a melancholii. Zjištěné vlastnosti si navzájem protiřečily.

Hysterie byla v této době chápána jako účinek vnitřního žáru a spojována hlavně se ženami a jejich milostným šílenstvím. Hysterie má v této době tedy podobu vášně. Foucault ale také hovoří o Nicolasu Chesneauovi, který tvrdí, že hysterická vášně není pouze jeden neduh, ale skrývá se pod ní více nemocí. Jednou se hovoří o hypochondrii jako o horké a suché nemoci, podruhé se v případě hysterie a hypochondrie nemluví o žáru vůbec a jejich vlastnostmi je naopak netečnost, malátnost a studené vlhko stagnujících šťáv. Na rozdíl od mánie a melancholie, které se uspořádaly díky svým vlastnostem, hysterie a hypochondrie své místo hledá.

Medicína je nerozhodná nejen v analýze jejich vlastností, ale také v analýze pohybu. U mánie a melancholie je to naopak jasné. Mánie se vyznačuje přehnanou mobilitou, zatímco melancholie zpomalením pohybu. V případě hypochondrie a hysterie se váhá. Foucault uvádí Georga Ernsta Stahla, který se přiklání k myšlence ztěžklé krve. Ta je najednou natolik hustá, že není schopna pravidelně cirkulovat vrátnicí a má sklon stagnovat. Ve chvíli, kdy se pokouší prorazit si cestu, vyvolá záchvat. „Zdá se tedy, že vášně hysterie a neduh hypochondrie, považované za nemoci nehmotného původu, závisí na dispozicích či určitém stavu vláken.“ (Foucault, 1994, s. 91) Hysterii tedy způsobuje jak pohyblivost, tak nehybnost, jak nepravidelné vibrace, tak hutnost stagnujících šťáv.

Foucault říká, že hysterie a hypochondrie se nemohli kvalitativně ustálit. „Cesta hysterie nevedla jako u mánie přes vlastnosti světa, nejasně zahlédané a reflektované lékařskou obrazností. Prostor, v němž se strukturovala, je jiné povahy: je to prostor těla v koherenci jeho organických a mravních hodnot.“ (Foucault, 1994, s. 92)

Podle starých mýtů bylo příčinou hysterie stěhování dělohy. Od tohoto mýtu osvobodil hysterii Charles Le Pois a Willis. Le Pois napsal na začátku 17. století, že příčinou hysterie je hromadění tekutin v zadní části lebky. Tekutina se pak zahřívá a zasahuje ohnisko nervů. Willis vidí jako příčinu postižení nervových vláken a mozku. Spojení hysterie s dělohou ale všechny tyto analýzy nepotlačily. Význam dělohy už není putování tělem, ale určité vyzařování, které užívá funkčních příbuzností a organických cest. Podle Foucaulta se nedá říci, že by se mozek stal sídlem nemoci, ani že Willis prorazil cestu k psychologické analýze hysterie. „Mozek však nyní hraje roli spouštěče a šířitele nemoci; ona sama má původ v útrokách, v děloze stejně jako ve všech ostatních. Děloha bude patologii hysterie provázet až do konce 18. století, až do Pinela, ne však ve smyslu nějaké své vlastní speciální povahy, ale ve smyslu rozptylu do šňáv a nervů.“ (Foucault, 1994, s. 93) Foucault udává příklad Stahla a jeho výkladu souvislosti hypochondrie a hysterie, který opírá o podivné přirovnání menstruačního cyklu k hemeroidům. Pokud ženy nemají pravidelné měsíčky, jedná se o hysterii. U mužů, kteří se pokoušejí zvracením zbavit zbytků krve a v jejich těle vznikají hemeroidy, se jedná o hypochondrii. Podle Stahla mezi oběma poruchami není podstatný rozdíl.

Vývoj až po Stahla výrazně změnil lékařský obzor. „Z proslulého putování dělohy, jež tvořilo neodlučnou součást hippokratovské tradice, nezbyvá už nic.“ (Foucault, 1994, s. 94) Avšak podle Willise a jeho teorie fluid byla hysterie stále nemocí těla. Podstatou hysterie byl útok fluid, který se zmocňoval celého těla a účinky se měnily podle toho, která oblast byla zasažena. Nemoc potom nabývala různých podob podle toho, kudy procházela a kde se vynořovala. Podle Willise může být hysterie velmi klamná, protože orgán, který je zasažen bouřlivým pohybem fluid, simuluje vlastní nemoc. Orgán pak předstírá, že je porouchaný, ale není tomu tak. Hysterie tedy dokáže napodobit téměř všechny choroby.

Čím je tělo prostupnější, tím je hysterie častější. Foucault ale říká, že tělo, které je prostupné, musí být nějakým způsobem souvislé. Pokud se nemoc šíří do orgánů, musí se tak dít plynulým pohybem. Jestliže však nemoc v těle koluje, právě jako u hysterika a hypochondrika, jsou její vlastnosti jiné. Tento problém řeší medicína osmnáctého století. On ji převede k tomu, že se hysterie a hypochondrie stanou nemocí nervů.

„Nervové nemoci se jeví především jako poruchy sympatie; jejich předpokladem je nervový systém ve stavu celkového poplachu, kdy je každý orgán schopný sympatizovat s kterýmkoli orgánem jiným.“ (Foucault, 1994, s. 99) To znamená, že pokud je nervový systém natolik citlivý, mohou například prudké změny počasí či duševní vášně vyvolat chorobné symptomy. Takoví lidé nemají pevné zdraví, trpí slabšími či silnějšími bolestmi. Nejvyšší vnitřní citlivost se připisuje hysterikům. Naproti tomu u hypochondriků je slabá.

Z nemocí nervových se staly nemoci, které spočívají v kontinuitě těla. Tělo je samo sobě příliš blízké, má jakýsi zúžený organický prostor. Tak vypadá téma hypochondrie a hysterie.

Podle Foucaulta je zvláštní, že je pro lékařské myšlení osmnáctého století charakteristické, že se fyziologové pokouší přesně vymezit roli a funkce nervového systému (počitek a pohyb, citlivost a vzrušivost), zatímco lékaři tyto pojmy míchají v jedno a vykládají je podle jiného schématu.

Dále Foucault hovoří o vzrušivosti a vzrušení. Lidé nemocných nervů jsou velmi vzrušiví, tzn. silně citliví. Jejich počitek a následná mobilita je determinantou nemoci. „To už se ocitáme před prahem 19. století. Vzrušivost vlákna bude mít ve fyziologii a patologii svůj další osud. Stopa, kterou zanechává v oblasti nervových chorob, je nicméně velmi významná.“ (Foucault, 1994, s. 103)

## Závěr

Bakalářská práce se zabývá problémem normality z pohledu psychologie a psychopatologie, tzn. hledisko vědecké, které Foucault zpochybňuje, a z pohledu historie, tzn. právě názor Michela Foucaulta na tuto problematiku.

Podle psychologie a psychopatologie je nutné definovat normalitu s ohledem na společenské podmínky, ve kterých lidé žijí. To, co je normální pro naši současnou západní kulturu, se může jinde jevit abnormální. Bylo tedy podstatné určit kritéria normality a abnormality tak, jak je vidí psychologie. Díky nim pak může zkoumat faktory, které deformují osobnost.

Současná psychologie a psychopatologie také rozlišuje tři hlavní koncepce normality osobnosti. První je pojetí normality jako duševního zdraví. Zde se jedná pouze o negativní vymezení normality jako nepřítomnosti nemoci. Dále se rozlišuje pojetí normality jako „optimálního stavu“. To se však setkává s nejednotností, protože názory na lidské životní optimum jsou rozdílné. A nakonec pojetí normality jako nekonečného procesu seberealizace. Zde se jedná o možnost svobodné volby individua utvářet sebe a své životní prostředí. Abychom tedy byli schopni rozumět psychickým abnormitám a mohli je klasifikovat, musíme je porovnat s určitým modelem normality.

Dále se text zaměřuje na tuto problematiku z pozice Michela Foucaulta. Foucault se zabývá rozlišením psychopatologie a organické patologie. Říká, že definovat v psychologii poruchu zdraví není snadné. Jako důvod uvádí to, že se pokoušíme na psychologii použít stejné pojmy, které slouží i somatické medicíně. Podle Foucaulta se objevují problémy při hledání jednoty mezi organickými poruchami a změnami osobnosti proto, že se v obou situacích klade struktura stejného typu. „Za psychopatií i organickou patologií se předpokládá jakási obecná a abstraktní patologie, která je oběma prvním nadřazena, jako cosi předem daného jim vnucuje stejné pojmy.“ (Foucault, 1999. s. 8) Proto chce Foucault ukázat, že psychopatologické kořeny nesmějí být hledány v nějaké „metapatologii“, ale v určitém historicky situovaném vztahu člověka k člověku šílenému.

Foucault také řeší pojem fyziologické a psychologické totality. Podle něho je naším úkolem ukázat, že organická patologie vyžaduje jiné analytické metody než mentální patologie a že pouze pojmová řeč umožňuje pokládat chorobám duševním a chorobám tělesným stejný smysl. Foucault říká, že ačkoliv jednota ducha a těla patří do kategorie skutečnosti, jednotná patologie, která používala stejné metody a pojmy jak v oblasti fyziologické, tak psychologické, patří dnes do kategorie mýtu. Foucault poukazuje na rozdíl mezi psychopatologií a organickou patologií prostřednictvím pojmu abstrakce, normálních a patologických jevů a vztahu mezi nemocným a prostředím.

Následně se Foucault touto problematikou zabývá v širším kulturně-historickém pojetí. Nehledá příčiny duševní nemoci, ale jde spíše po linii sociologie. Vidí v duševních chorobách sociální fenomén. Foucault říká, že naše společnost izoluje nemocného proto, aby se v něm neviděla. Zpochybňuje tedy práci psychologů a jejich výsadní postavení. Podle něho psychologové, kteří nahlíží na nemocného jako na jedince, který se odchyluje od normy a snaží se nalézt původ choroby v anomálii, v podstatě ukazují postoj společnosti k tomuto tématu.

Foucaultův zájem směřuje především k procesu zrození a formování duševní choroby v západní kultuře. Jeho pozornost míří hlavně k šílenství v době osvícenství.

Chápání šílenství se měnilo s dobou. Jednou zůstávalo skryté, podruhé vystupovalo na povrch a začleňovalo se do společnosti. Takovým případem bylo období celé renesance, kdy probíhali slavnosti bláznů. Vznikla celá ikonografie, která začala obrazem Lodě bláznů, a také literatura jako například Erasmova chvála bláznovství. Šílenství se v této době mohlo pohybovat a bylo součástí společnosti.

Další změna nastala uprostřed 17. století, kdy svět šílenství přešel do světa vyhnanství a v celé Evropě vznikaly velké internační ústavy nejen pro blázny, ale pro všechny, které bylo nutno odstranit ze společnosti. Foucault označuje tuto dobu jako konec dialogu mezi Rozumem a Nerozumem.

Přichází počátek 19. století, kdy se strhla vlna nesouhlasu nad smíšením vězňů a šilenců. Jedná se o tzv. „obrat“ Tukeův a Pinelův, kterým se přičítá „osvobození“ pomatených. Avšak skutečnost byla jiná. Jednalo se o náboženskou a sociální

segregaci. Přesto dochází k určitému posunu. Zatímco v dobách osvětské internace působil strach zvenčí, bez toho aby byl nemocný léčen, teď byl šílenec postaven do mravního prostředí, udržován v neustálém strachu a znepokojení, pod hrozbou prohřešku a zákona. Duševní choroba se tak ocitla v oblasti morálky a etiky. Trest a násilí nahradila nepřetržitá kontrola. Moc se zde neopírá o zákon, ale o normalizaci. Šílenství se tedy stále více dostává pod tlak normy a normalizace.

Dále Foucault hovoří o šílenství a jeho struktuře. Podle něho má každá kultura ve svém chování určité zvláštní jevy, ke kterým společnost zaujímá jiný postoj. Týká se to jedinců, kteří jsou svým způsobem odlišní a společnost je proto od sebe chce odlišit. Pro Foucaulta to ale neznámá, že bychom to měli hned nazývat duševní nemocí, jedná se prý pouze o prázdný prostor, ve kterém se usídlilo šílenství.

V neposlední řadě se Foucault zabývá podobami šílenství v době osvícenství. Foucault se zde snaží ukázat jeho podoby, které byly stále poznamenány mýtickými představami. Hovoří o mánii a melancholii a hysterii a hypochondrii. Jsou zde vidět posuny a postupné odmytologizování těchto chorob.

Michel Foucault poskytuje svou prací vlastní pohled do zrodu moderního psychiatrického myšlení. V celém jeho díle je zřejmý jeho sociologický přístup a důraz na roli sociální kontroly. Z hlediska psychologie je jeho dílo považováno za nevědecké, avšak podle mého názoru je zajímavým a nevšedním vhledem do počátků moderní psychiatrie a do období, kdy spolu Rozum a Šílenství stále komunikovali.



## Použitá literatura

- FOUCAULT, M.: Dějiny šílenství v době osvícenství: Hledání historických kořenů pojmu duševní choroby. Praha: Lidové noviny, 1994. 209 s. ISBN 80-7106-085-2
- FOUCAULT, M.: Psychologie a duševní nemoc. Praha: DAUPHIN, 1997. 113 s. ISBN 80-86019-30-6
- FOUCAULT, M.: Dohlížet a trestat: kniha o zrodu vězení. Praha: Dauphin, 2000. 427 s. ISBN 80-86019-96-9
- DIDIER, E.: Michel Foucault: 1926 – 1984. 1. vydání, Praha: Academia, 2002. 382 s. ISBN 80-200-0955-8
- ČERNOUŠEK, M.: Šílenství v zrcadle dějin: Pojednání pro inteligentní čtenáře. Praha: Grada Avicenum, 1994. 236 s. ISBN 80-7169-086-4
- STYX, P.: Zacházení s bláznem: Antipsychiatrie. Brno: R a T, 1990. 127 s.
- KOHOUTEK, R.: Úvod do psychologie: normalita a abnormalita psychiky a osobnosti. 1. vydání, Brno: Masarykova univerzita, 2005. 63 s. ISBN 80-210-3795-4
- SYŘIŠŤOVÁ, E.: Normalita osobnosti. 1. vydání, Praha: AVICENUM, 1972. 231 s.
- KOLEKTIV AUTORŮ: K problematice normality osobnosti, 1. vydání, Praha: nakl. Státní pedagogické, 1970. 152 s.
- SRP, L. a SYROVÁTKOVÁ, J.: Duševní vývoj a výchova od narození do dospělosti. 2. upr. vydání, Praha: SZN, 1969. 331 s.
- PRÁŠKO, J. a kol.: Poruchy osobnosti. 1. vydání, Praha: Portál, 2003. 360 s. ISBN 80-7178-737-X
- SVOBODA, M.; ČEŠKOVÁ, E.; KUČEROVÁ, H.: Psychopatologie a psychiatrie. 1. vydání, Praha: Portál, 2006. 320 s. ISBN 80-7367-154-9
- KOLEKTIV AUTORŮ: Filosofický slovník. 2. rozšířené vydání, Olomouc: Olomouc s. r. o., 2002. 463 s. ISBN 80-7182-064-4

- NIDA-RÜMELIN, J.: Slovník současných filosofů. 1. vydání, Praha: nakl. Garamond, 2001. 536 s. ISBN 80-86379-29-9
- SILLAMY, N.: Psychologický slovník. 1. vydání, Olomouc: nakl. Olomouc s. r. o., 2001. 246 s. ISBN 80-244-0249-1